UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1945-1946 — N° 25

LES DYSEMBRYOPLASIES
D'ORIGINE DENTAIRE
LES ODONTOMES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 21 Décembre 1945

PAR

Pierre-Jean-Joseph-André LAMOU

MÉDECIN AUXILIAIRE DE LA MARINE

Né à Lüe (Landes), le 27 Octobre 1919

Examinateurs de la Thèse

MM. DUBECQ, professeur	*Président*
DE GRAILLY, professeur	*Juges*
CHARRIER, professeur	*Juges*
MAGENDIE, agrégé	*Juges*

BORDEAUX

IMPRIMERIE E. DROUILLARD

3, PLACE DE LA VICTOIRE, 3

1948

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1945-1946 — N° 25

LES DYSEMBRYOPLASIES D'ORIGINE DENTAIRE

LES ODONTOMES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 21 Décembre 1945

PAR

Pierre-Jean-Joseph-André LAMOU

MÉDECIN AUXILIAIRE DE LA MARINE

Né à Lüe (Landes), le 27 Octobre 1919

Examinateurs de la Thèse

MM. DUBECQ, professeur..... *Président*

DE GRAILLY, professeur .....

CHARRIER, professeur..... *Juges*

MAGENDIE, agrégé.....

BORDEAUX

IMPRIMERIE E. DROUILLARD

3, PLACE DE LA VICTOIRE, 3

—

1948

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. DUPÉRIÉ — ASSESSEUR : M. LABAT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM, DENIGÈS, BEILLE, DUPOUY, A. MANDOUL,
PETGES, GUYOT, ABADIE, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	N. . / DUPÉRIÉ
Clinique chirurgicale et gynécologique	N...
Clinique chirurgicale	PAPIN
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY
Anatomie	VILLEMIN
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL
Hygiène	N...
Médecine légale et déontologie	DERVILLÉE
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	RÉCHOU
Chimie	CHELLE
Botanique et matière médicale	GOLSE
Pharmacie	VITTE
Physiologie	FABRE
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN

	MM.
Zoologie et parasitologie	SIGALAS
Médecine expérimentale	N...
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LOUBAT
Clinique des maladies infectieuses	DAMADE
Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF
Physique médicale et pharmaceutique	N...
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	N...
Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT
Hydrologie thérapeutique et Climatologie	CREYX
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ

M. PERRENS (Maladies mentales),
CHARRIER (Chirurgie générale), FAUGERE (Obstétrique).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Anatomie	DUFOUR
Physiologie	FRANCK
Médecine générale	PIÉCHAUD / N... / N... / BROUSTET / N... / SARIC / DUBARRY
Chirurgie générale	N... / MASSÉ

	MM.
Chirurgie générale	N... / MAGENDIE / POUYANNE
Obstétrique	N... / MAHON
Ophtalmologie	N...
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	N...
Physique médicale	N...
Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	CASTAGNOU
Histoire naturelle pharmaceutique	GIRARD
Pharmacie	MESNARD / N...
Histoire naturelle médicale et parasitologie.	R. MANDOUL

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	MASSÉ
Accouchements	MAHON
Puériculture	FAUGÈRE
Zoologie et parasitologie	R. MANDOUL
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI
Ophtalmologie	N...
Anatomie	J. BEAUVIEUX
Chimie minérale	CASTAGNOU

	MM.
Botanique	GIRARD
Cryptogamie	GIRARD
Pharmacie galénique	MESNARD
Bactériologie	MOUREAU
Physiologie	Mlle ROUGIER
Chimie biologique	TAYEAU
Parasitologie et biologie appliquées	PAUTRIZEL
Pathologie chirurgicale	J. VILLAR / CHAVANNAZ

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Faible témoignage de ma reconnaissance.

A MON FRÈRE

A MA BELLE-SŒUR

A MON NEVEU

A TOUS MES AMIS

AUX MÉDECINS-LIEUTENANTS :
LABUSQUÈRE, LAGARDE, MERLIHOT, BERTRAC

A MES CAMARADES DE RUGBY
DE L'ÉCOLE DE SANTÉ NAVALE

A MES CAMARADES DE CAPTIVITÉ

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DE 1re CLASSE GALIACY

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF DE 2e CLASSE BOURRET

SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
COMMANDEUR DU NICHAM IFTIKAR
OFFICIER DU OUISSAM ALAOUITE

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX

A NOS JUGES

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR X. J. DUBECQ

PROFESSEUR DE CLINIQUE ODONTO-STOMATOLOGIQUE

DOCTEUR ÈS SCIENCES

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse.

Nous le remercions des conseils éclairés qu'il nous a prodigués, et le prions de trouver ici notre témoignage de reconnaissance.

LES DYSEMBRYOPLASIES D'ORIGINE DENTAIRE. LES ODONTOMES

INTRODUCTION

Les tumeurs d'origine dentaire ont une texture si variée, qu'au premier abord, il semble très difficile d'en donner une classification. Depuis longtemps les tumeurs des mâchoires ont fait l'objet de nombreuses études. Mais, ce n'est que vers 1850 que Broca groupe les tumeurs d'origine dentaire sous le nom d'odontomes, parmi lesquels il reconnaît plusieurs variétés, embryoplasiques, odontoplasiques, coronaires ou radiculaires, suivant le stade évolutif où se trouvait le follicule dentaire lorsque se déclenchaient les processus tumoraux. Il pensait que leur origine se trouvait dans le bulbe dentaire, c'est-à-dire dans le tissu mésodermique conjonctif édificateur de la dentine. Mais cette théorie ne tarda pas à être battue en brèche et l'origine conjonctive de ces tumeurs ne fut pas admise sans discussion, surtout lorsque Malassez, en 1887, publia ses travaux qui permirent d'éclaircir ce chapitre des tumeurs dentaires en établissant leur origine sur des bases scientifiquement construites.

Et, en 1910, Galippe, élève de Malassez, rédige, d'après les travaux de son maître, un volume classique consacré aux débris épithéliaux paradentaires, à leur rôle physiologique et aux tumeurs qui en dérivent.

En 1912, Coryllos, dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx,* groupe toutes les tumeurs liées au système dentaire sous le nom général d'adamantinomes et en propose une classification qui a l'avantage de tenir compte de leur origine commune en même temps que de certains de leurs caractères cliniques. La base de la classification de Coryllos est une division en tumeurs solides et tumeurs kystiques. Mais cette division trop

nette ne peut être admise, car il existe des intermédiaires entre ces deux états : bien des tumeurs sont solides et liquides selon les points considérés, et on peut assister au passage de l'état solide à l'état liquide dans une même tumeur suivant son âge.

En 1932, Bercher et Codvelle, faisant la synthèse des travaux antérieurs, ont proposé une classification basée sur les caractères histo-pathologiques de ces tumeurs et leur pathogénie. C'est de cette classification que nous nous inspirerons pour situer les odontomes parmi toutes les tumeurs des mâchoires.

CHAPITRE PREMIER

Etude des tumeurs d'origine dentaire

I. — TUMEURS INFLAMMATOIRES ET HYPERPLASIQUES

L'hyperplasie cellulaire qui engendre ces tumeurs est en général due à une inflammation d'origine microbienne. Certains auteurs ont prétendu que cette hyperplasie, réactionnelle à l'inflammation, peut se produire aussi par réaction à des irritations mécaniques chroniques, traumatiques, à des intoxications même. Mais ce n'est là, semble-t-il, que des cas assez exceptionnels.

L'hyperplasie porte à la fois sur les éléments épithéliaux et sur le conjonctif; la tumeur est donc didermique. Mais tantôt c'est l'épithélium qui réagit le plus activement, et nous avons affaire à une tumeur à majoration épithéliale, tantôt c'est le conjonctif qui surtout prolifère et donne une tumeur à majoration conjonctive.

Nous donnerons donc très rapidement les caractéristiques de ces tumeurs avant d'entreprendre l'étude du deuxième groupe qui nous retiendra plus longuement, puisque c'est dans ce deuxième groupe que se classent les odontomes.

A. — Tumeurs a prédominance épithéliale

1° *Le granulome et le kyste radiculo-dentaire*

Ils apparaissent toujours au contact de la racine d'une dent atteinte de gangrène pulpaire. Au début, existe une période de latence qui, en général, passe inaperçue. Parfois, cependant, une radiographie occasionnelle peut déceler la présence d'un microkyste. En général, il faut arriver à la période de déformation pour que l'attention du malade et celle du praticien soient attirées sur cette tumeur.

A l'examen, on ne décèle pas, en général, de changement dans la coloration des téguments. Le sillon gingivo-génien est plus ou moins comblé par une masse régulière, arrondie, faisant plus ou moins corps avec l'os.

La palpation peut être parfois légèrement douloureuse, mais le malade ne signale pas, en général, de douleurs spontanées. Tout au plus, éprouve-t-il une sensation de gêne ou de tension.

La radiographie montre alors l'existence d'une poche de grosseur variable appendue à la racine de la dent. Parfois, le kyste arrive à s'extérioriser et se fistuliser, ce qui amène quelques complications d'origine infectieuse.

Anatomie pathologique.

Microscopiquement, le kyste est formé d'une paroi mince nettement séparée de l'os auquel elle adhère. Il est toujours en contact avec la racine d'une dent et contient un liquide séreux ou séro-purulent.

Microscopiquement, on rencontre les trois couches caractéristiques des tumeurs péridentaires :

— à la périphérie, une couche de tissu conjonctif;

— à la partie moyenne, une couche de tissu conjonctif jeune, myxoïde, qui contient, disséminés, des éléments épithéliaux;

— à la partie interne, un épithélium pavimenteux stratifié et, quelquefois, des cellules de type adamantin.

Pathogénie.

Le kyste radiculo-dentaire dérive toujours d'un débris épithélial péri-apical de Malassez. Cet épithélium embryonnaire reçoit une irritation microbienne qui se propage par le canal radiculaire. Cette irritation entraîne l'hyperplasie cellulaire qui donne naissance au granulome et au kyste. Bercher et Delater ont pu ainsi affirmer que l'épithélio-granulome était l'étape première du kyste radiculo-dentaire.

2° *Le kyste latéro-dentaire*

Nous passerons rapidement sur l'étude de ces kystes, car ils ont à peu près les mêmes caractéristiques que les kystes radiculo-dentaires. Ils ne se différencient que par le fait qu'ils se développent sur une dent saine, au niveau de la partie latérale de la racine de la dent aux dépens d'un débris épithélial de Malassez situé plus superficiellement que ceux donnant naissance aux kystes radiculo-dentaires. L'irritation microbienne ne se propage plus par les canaux radiculaires puisque la dent est saine, mais

par progression le long du ligament alvéolo-dentaire, de la surface vers la profondeur.

3° *Le kyste corono-dentaire ou kyste dentifère*

Comme les autres, il présente une période de latence et ne se signale que par une tuméfaction qui se développe progressivement non loin d'un rebord alvéolaire. Ce qui, en général, fait penser à un kyste dentifère, c'est que toujours l'arcade dentaire est incomplète et qu'il manque au moins une dent au niveau de la tumeur. Ce signe pourtant n'existe pas si le kyste est développé aux dépens d'une dent surnuméraire.

La radiographie permet d'affirmer le diagnostic clinique et montre l'image d'une poche arrondie, bien limitée, présentant dans sa partie profonde une dent dont la couronne est tournée vers l'intérieur de la cavité.

Anatomie pathologique.

Macroscopiquement, c'est une poche arrondie unique, lisse, non adhérente au tissu osseux, contenant un liquide séreux s'insérant au collet d'une dent dont la couronne plonge dans la cavité.

Microscopiquement, rien ne permet de différencier ce kyste d'un kyste radiculo-dentaire.

Pathogénie.

La pathogénie de ces kystes est très discutée : Broca voit leur origine dans un ramollissement et une transformation kystique de l'organe adamantin.

Malassez rejette cette théorie folliculaire de Broca en prétendant que si cette théorie était exacte, la couronne de la dent ne serait pas complètement et normalement formée en raison de l'atrophie primitive du follicule adamantin.

Aussi, place-t-il l'origine de ces kystes dans une simple exagération de la vacuolisation de la lame dentaire. Au moment où la couronne dentaire pousse, elle rencontre le kyste, y pénètre et, au moment de la formation de la racine, les fibres du sac dentaire déterminent l'adhérence de la paroi kystique au collet de la dent.

Quant à Bercher et Codvelle, ils voient que l'infection est encore à l'origine de ces kystes :

— ou bien l'on admet une infection au niveau du gubernaculum au-devant de la dent qui évolue et l'on retombe dans la théorie de Malassez,

— ou bien l'infection transmise à un débris épithélial apéxien de la dent de lait donne naissance à un kyste radiculo-dentaire dans lequel, secondairement, la dent permanente vient s'inclure.

Toutes ces théories présentent sans doute une part de vérité, mais aucune ne semble absolument satisfaisante.

B. — Tumeurs a prédominance conjonctive. — Les épulis

Ces tumeurs étant en dehors de notre étude, nous nous bornerons à en donner la définition de Ruppe :

« L'épulis est une tumeur bénigne, née aux dépens de la muqueuse gingivale ou des parties osseuses immédiatement sous-jacentes et adhérentes à cette muqueuse. Elle a une évolution lente, ne provoque aucun retentissement ganglionnaire, ni métastase.

« Elle ne récidive pas si son exérèse est complète. »

II. — LES DYSEMBRYOPLASIES BÉNIGNES

Ces tumeurs ne prolifèrent pas, comme les précédentes, à la suite d'une irritation microbienne, mais sans cause évidente d'une façon autonome.

Elles sont toutes assez complexes et caractérisées par une différenciation très poussée du tissu épithélial ou conjonctif. Les unes, à prédominance conjonctive, ont un développement limité; enlevées, elles ne récidivent pas : ce sont de véritables embryomes; leur type est l'adamantinome odonto-plastique ou odontome proprement dit. Les autres, à tendance épithéliale et développement illimité, qui récidivent si elles ne sont pas complètement extirpées, sont des embryomes néoplasiques, dont le type est l'épithéliome adamantin. Nous donnerons un aperçu rapide de ces dernières avant d'entreprendre l'étude plus complète des odontomes.

L'épithélioma adamantin ou fibro-épithéliome adamantin ou adamantinome

Coryllos range cette tumeur dans la série des tumeurs liquides. Ceci n'est pas absolument exact, car il existe également des formes solides et des formes mixtes. Cependant, les forma-

tions kystiques représentent la majorité des cas et doivent être considérées comme typiques.

Symptomatologie.

Comme la plupart des tumeurs péridentaires, le fibro-épithéliome adamantin a un début insidieux, latent qui, très souvent, passe inaperçu. Dans quelques cas seulement ces tumeurs ont pu être décelées à leur début à la suite d'une radiographie pratiquée à la suite de troubles dentaires bénins.

Cette période de latence peut durer plusieurs années. Mais, en général, la tumeur augmentant régulièrement de volume, il se produit une déformation qui attire l'attention du malade bien souvent avant qu'il ne ressente aucune douleur. Au niveau du maxillaire inférieur, la tumeur siège en général à l'angle de la mâchoire et tend à envahir la branche montante du maxillaire. Au niveau du maxillaire supérieur, le développement se fait vers le sinus. Le maxillaire est peu à peu déformé, gonflé, boursouflé, et les plans mous et le squelette se confondent dans une masse de forme irrégulière, de consistance variable, tantôt dure ou élastique, tantôt nettement fluctuante.

Les téguments qui la doublent, muqueuse et peau, conservent souvent leur aspect normal, mais l'infection et la fistulisation sont possibles.

L'arcade dentaire montre, soit l'absence congénitale d'une dent, soit des dents en nombre normal avec ou sans nécrose pulpaire.

Si l'on pratique une ponction, on ramène tantôt un liquide citrin ou hématique, tantôt séreux et jaunâtre, parfois aussi la ponction est blanche.

La radiographie est caractéristique et montre une image géodique faite parfois d'une seule poche, mais plus souvent d'une série de géodes allant de la grosseur d'un pois à celle d'un œuf, toujours de forme circulaire. Suivant la grosseur des géodes, on a « l'aspect en nid d'abeilles » ou « l'aspect en bulles de savon » (Ruppe et Lemaitre).

Anatomie pathologique.

Aspect macroscopique. — La tumeur a l'aspect d'une grappe de raisin.

L'os peut être érodé, mais partout existe une limitation nette de la tumeur qui nulle part n'envahit les trabécules osseux.

A la coupe, on distingue nettement les lobes pleins et les kystes qui tous communiquent entre eux et qui contiennent ce liquide citrin ou hématique que l'on trouve à la ponction.

Aspect microscopique. — La paroi de la tumeur est formée par des cellules cylindriques hautes à noyau tourné vers la périphérie représentant les caractères spécifiques des adamantoblastes. La portion centrale est constituée par des cellules adamantines, cellules de la gelée d'émail, cellules étoilées, rameuses, anastomosées entre elles par leurs prolongements épineux. C'est parmi elles que se fait l'exsudation liquide qui aboutit à la vacuolisation. Quand la pression intrakystique augmente, les cellules cylindriques perdent leurs caractères et tendent vers le type pavimenteux. C'est là l'aspect typique de ces tumeurs.

Mais il existe une variété métatypique où l'on rencontre un retour de l'épithélium adamantin au type malpighien et, à partir de là, l'apparition de caractère de malignité. Cette transformation est d'ailleurs excessivement rare.

Enfin, on peut rencontrer sur une même tumeur une partie typique et l'autre métatypique constituant une forme mixte du fibro-épithéliome adamantin.

Pathogénie.

On retrouve dans les fibro-épithéliomes adamantins les mêmes éléments cellulaires que l'on peut rencontrer dans un bourgeon dentaire. Ce qui porte à conclure que ces tumeurs se développent aux dépens d'un bourgeon dégénéré. Donc, la dent à laquelle aurait dû donner naissance ce bourgeon ne devrait pas exister si cette théorie était exacte. Si les dents sont au complet, il faut donc admettre une autre origine à ces tumeurs, et le point de départ serait alors dans un point quelconque de la lame dentaire ou dans les débris épithéliaux de Malassez. Enfin, d'autres auteurs admettent que la transformation ou la récidive d'une variété de tumeur péridentaire pourrait donner naissance à un épithéliome adamantin.

Ces théories sont peut-être exactes, mais toujours est-il que nous ignorons tout des conditions de ce passage d'une tumeur à l'autre, comme nous ignorons aussi « le *primum movens* de cette folie adamantine qui aboutit au fibro-épithéliome adamantin ».

Pronostic.

Les fibro-épithéliomes adamantins présentent une certaine gravité locale par suite de leurs fréquentes récidives et des désordres osseux qu'elles entraînent. Mais ce sont essentiellement des tumeurs bénignes dont la cancérisation est vraiment exceptionnelle.

Traitement.

Seul le traitement chirurgical s'impose ici.

Au début, il risque de donner un résultat définitif. De toute manière, il faut procéder à l'exérèse totale de la poche kystique, ainsi qu'à un curettage de la cavité osseuse.

Le Professeur PORTMANN recommande de terminer l'intervention par un écouvillonnage des parois osseuses au chlorure de Zn à 1/10e.

Ce caustique détruirait les débris épithéliaux restants qui pourraient être le point de départ d'une récidive.

CHAPITRE II

Les odontomes proprement dits

Après cette étude rapide des principales tumeurs d'origine dentaire, nous allons étudier les adamantinomes odontoplastiques ou odontomes proprement dits. Nous commencerons par donner quelques observations recueillies dans la littérature avant de donner une observation inédite prise dans le Service de Stomatologie du Professeur X.-J. Dubecq. C'est surtout d'après les constatations faites dans cette dernière observation que nous essayerons de donner un aperçu sur les odontomes en général.

OBSERVATION I

(Pritchard. — *Compte Rendu de la Société Royale de Médecine*, Londres, 1931-1932, t. 25, p. 1461.)

Le malade, Harold B..., âgé de dix-huit ans et demi, présentait une tuméfaction dure dans la partie supérieure de la région prémolaire, sous la muqueuse buccale, depuis longtemps. Il y a environ dix-huit mois, elle commença à augmenter de volume. Il fut examiné, il y a trois mois, par un chirurgien-dentiste, et un examen radiographique révéla l'image d'un odontome complexe.

Le malade n'a éprouvé aucune douleur ni gêne, et aucun membre de sa famille n'a été atteint de ce mal.

A l'examen, les arcades dentaires paraissaient normales, excepté la canine droite qui était en inversion d'occlusion; toutes les dents de sagesse étaient poussées. Le malade pensait que la dernière de ces dents avait apparu il y a deux ans. Dans la région des prémolaires droites, il y avait une tumeur sessile de la grosseur d'une amande. La muqueuse semblait normale ainsi que les dents de la région, qui étaient solidement implantées dans leurs alvéoles.

Opération, le 11 février 1931. — Anesthésie locale obtenue par infiltration de 3 cm^3 de novocaïne à 2 p. 100. On décole un peu de muqueuse, découvrant une surface d'environ un pouce dans la direction horizontale et trois quarts de pouce dans la direction verticale, au milieu de laquelle on voyait une élévation recouverte d'un alvéole ayant des fissures par lesquelles on apercevait de nombreuses surfaces de dentine ou d'une substance semblable.

Une incision semi-circulaire fut faite autour de la tumeur en passant par les fissures irrégulières afin d'obtenir une ouverture allant de la racine de la deuxième prémolaire à la canine opposée.

La profondeur de cette fente fut suffisante pour séparer complètement l'os cortical de son alvéole et l'enlever facilement, laissant à nu les racines des prémolaires et canines qui furent également extraites. Guérison.

Rapport du Laboratoire histologique (Guy's Hospital)

Cet odontome fut recueilli en entier avec l'os recouvrant sa surface superficielle. Sa partie profonde était en rapport avec les racines de G 5, G 4, G 3, desquelles il était séparé par le tissu conjonctif de son follicule. Un examen de ce follicule, et spécialement de son contenu épithélial, devint possible. Il apparut comme une masse solide avec du tissu conjontif à sa partie profonde, et une mince couche d'os à la partie superficielle. Il mesurait 12 mm. × 8 mm. × 14 mm.

Deux coupes parallèles, chacune de 11 inches d'épaisseur, furent faites transversalement dans la partie centrale.

1° *Coupes non décalcifiées.* — En apparence, elles sont conformes à la description standard d'une telle tumeur. L'émail, l'ivoire, le cément se présentent dans les mêmes rapports que dans l'embryon. La surface d'émail est dans la partie profonde. Dans cette région, il y a une épaisse couche de cément très irrégulière. Enfouie dans la surface principale de cément, on trouve une surface d'émail avec des fissures sectionnées dans des directions variables.

Dans la partie la plus centrale, il y a du tissu conjonctif calcifié. Il y a quelques espaces interglobulaires dans la dentine mais, en général, ces tissus apparaissent être bien calcifiés.

2° *Coupes décalcifiées.* — On voit de grands espaces vides au niveau desquels l'émail a disparu lors de la décalcification. D'autres espaces similaires d'émail non décalcifié montrent une grande régularité dans la structure des prismes. Dans la partie basilaire, on voit une disposition beaucoup plus primitive du cément et de la dentine.

Une étroite bande de dentine avec des canaux étroits allant dans toutes les directions, entoure une série d'espaces vides contenant auparavant l'émail.

Les tissus folliculaires. — Le tissu conjonctif est celui que l'on trouve dans le follicule embryonnaire de la dent. L'épithélium présente beaucoup de détails intéressants. Dans les plus profondes et plus étroites fissures de l'émail, l'épithélium a le même caractère que la cuticule de Nasmyth.

Les cellules sont aplaties au contact de l'émail, mais hautes et cylindriques au centre. En d'autres points, la cuticule est simplement formée d'une seule couche de cellules épaisses ou kératinisées.

On trouve aussi des débris épithéliaux; ce sont des masses irrégulières pénétrant dans les fibres du tissu conjonctif. On peut voir des plages de cellules dispersées irrégulièrement parmi les fibres du follicule. Quelques-unes sont kératinisées, d'autres calcifiées.

Commentaire. — Il serait intéressant de savoir si, dans l'avenir, l'accroissement d'une telle tumeur est possible. Il apparaît que la calcification de la dentine et de l'émail doit avoir une fin. Il est évident que la

formation de cément est encore en progrès dans la partie basale. Il semble que les plages de calcification ont tendance à s'aggraver et à s'unir.

OBSERVATION II

(L'Hirondel. — Odontome de la mandibule compliqué de fracture opératoire. *Revue de Stomatologie,* Paris, 1933, t. 35.)

M. Gaston R..., coiffeur, demeure à Paris, dans le XVI[e]. Sans autres antécédents pathologiques qu'une pleurésie à dix ans et de nombreuses blessures de guerre (éclats de grenade et d'obus), il est pris, vers le milieu de décembre 1930, de violentes douleurs dans l'oreille droite. En même temps, il constate un petit abcès au niveau de l'emplacement de la dent de sagesse inférieure droite qui n'a pas encore fait son apparition sur l'arcade. Il consulte un oto-rhinologiste qui pratique des lavages du conduit auditif externe, et un mieux s'établit dans l'état du malade. Pendant janvier, février et une partie de mars 1931, l'hémiface du côté droit reste le siège d'une douleur sourde mais supportable.

Le 20 mars, une crise douloureuse apparaît brutalement à l'issue du déjeuner. Le 24 mars, au lever, la douleur redouble de violence, mais ce malade est incapable d'en localiser ni le point de départ ni le siège principal.

Il pense alors à consulter un dentiste. Une radiographie de la région de la dent de sagesse est prise, qui permet le diagnostic suivant : « Le malade est porteur, en arrière de la deuxième molaire inférieure, pour support d'un bridge, d'une dent de sagesse double en voie d'évolution ». En conséquence, un débridement au thermocautère est pratiqué pour faciliter la sortie de la dent. Le malade, le surlendemain, ne peut se rendre au rendez-vous de son dentiste et appelle près de lui son médecin. Celui-ci constate entre la joue droite et les dents, en face et en arrière du bridge, une grosse tuméfaction sans réaction thermique bien marquée. Un traitement vaccino-thérapique au propidon est immédiatement institué mais sans résultat. Dix jours après, la dent est tendue au maximum, la température voisine de 39° et le phlegmon est versé dans le vestibule, un pus abondant s'échappe à l'extérieur. Le 12 avril, surgit une nouvelle tuméfaction avec trismus.

On constate, en outre, une anesthésie de la région mentonnière. On sacrifie le bridge avec la deuxième molaire inférieure.

Le 14, l'œdème augmente, gagne un peu la région sous-hyoïdienne, mais surtout descend le long du cou; le malade se plaint de douleurs dans l'épaule. Un chirurgien est appelé; on fait une radio le 15, qui montre un odontome entouré d'une large zone d'infection et de suppuration osseuse.

Le 17, le malade entre en clinique pour être opéré et curetté largement. C'est au cours de cette intervention que se produit un fracture de la mandibule tandis que l'odontome fuit en arrière, vers l'amygdale.

Le résultat de l'opération fut de faire cesser l'état aigu d'infection et de supprimer toute douleur.

Aussi, lorsque dans les premiers jours de mai 1931, le malade nous fut adressé pour l'ablation définitive de son odontome, nous fûmes en présence d'un homme bien reposé et d'une infection bien refroidie.

L'aspect du malade montrait alors, à la simple inspection, une déformation de la branche horizontale droite de la mandibule. La palpation permet de la caractériser et révèle, en arrière, au niveau de l'angle maxillaire, une saillie externe à laquelle succède vers l'avant une dépression dont l'exploration n'est pas douloureuse. L'abaissement de la mandibule est caractéristique; il se fait obliquement, de haut en bas et de gauche à droite.

L'examen endobuccal précise facilement le siège de la fracture au niveau de la dent de sagesse inférieure droite. A cet endroit, existe une cavité grande comme une pièce de un franc, d'où s'échappe de la sérosité. En arrière d'elle, le petit fragment postérieur est visible et perceptible à l'exploration manuelle. Quand le malade ferme la bouche, l'engrènement dentaire se fait anormalement.

Des radios sont exécutées en grand nombre. Une première radio, de profil, montre le trait de fracture au niveau de la petite baguette osseuse basilaire (en bec de flûte). Quant à l'odontome, il est déplacé en arrière de la zone de raréfaction osseuse dont il occupait primitivement le centre. Une autre radio, prise à jour frisant, semble situer la dent de sagesse monstrueuse entre les deux fragments de la fracture.

C'est avec ces données que, le 16 mai 1931, assisté de mon aide habituel Gorensky, du médecin et du chirurgien, j'opérai le malade.

Une désinfection superficielle de la région, une banale anesthésie locale par infiltration doublée d'une injection de novocaïne à l'épine de Spyx, et j'explorai la place. Je rencontrai l'odontome entre les deux fragments fracturés. Avec le décortiqueur, je trouvai facilement un plan de clivage avec les plans voisins et la tumeur osseuse. Je la limitai et l'explorai sur toutes ses faces, puis la tirai dans son logement primitif sans pouvoir la sortir à l'extérieur. Par précaution, j'aggrandis la boutonnière gingivale au bistouri et, avec un élévateur, je pus sortir facilement une dent de sagesse porteuse d'un gros odontome radiculaire.

Un curettage de la plaie et de la cavité osseuse ramena quelques fongosités, puis plaie et cavité furent pansées avec une mèche iodoformée. La partie chirurgicale de l'opération fut en somme simple, rapide et terminée en dix minutes. La fracture fut réduite, la mandibule mise en articulé correct et bloqué en bonne position avec des fils de laiton, suivant la méthode de Ponroy.

Un régime alimentaire spécial fut institué, composé de bouillons, laitages et auquel fut ajouté l'injection d'ergostérine irradiée.

Les suites opératoires furent bonnes malgré l'attitude du malade qui, dès le lendemain, faisait sauter les ligatures métalliques. On lui mit une fronde mentonnière. Le résultat opératoire et fonctionnel n'en est pas moins absolument correct.

Quant à l'odontome, il n'a pas été livré au laboratoire d'anatomie pathologique. C'est un odontome radiculaire développé aux dépens de la

dent de sagesse. La couronne de cette dent bien conformée regarde en dehors, par sa face triturante. La racine, trois fois grosse comme la couronne, affecte une forme arrondie, légèrement aplatie dans le sens vestibulo-lingual. Elle est entourée à sa jonction avec la couronne d'une bordure saillante formant un obstacle insurmontable à l'extraction, du moins sans désinsertion préalable bien conduite. Le tout, couronne et racine, atteint le volume d'une très grosse noisette ou d'une petite noix épaisse, de 3 g. La longueur en est de 18 mm., la largeur 7 mm., la hauteur 19 mm.

OBSERVATION III

(L'Hirondel. — Odontome de la mandibule compliqué de fracture opératoire. *Revue de Stomatologie*, Paris, 1933, t. 35.)

Joseph S..., né à Pont-l'Abbé (Finistère) en 1907, habite avenue Casimir, à Asnières (Seine), et exerce la profession de manutentionnaire.

Jusqu'au 25 juillet 1932, il n'a éprouvé aucune maladie; à cette date, il voit survenir brutalement une fluxion de la joue droite. Il ne peut ni ouvrir la bouche ni s'alimenter. La douleur violente empêche tout travail, et il se rend à la consultation de chirurgie de l'Hôpital Vaugirard.

L'état général semble atteint, surtout du fait de la douleur et de la sous-alimentation. Il est d'autre part un peu fébrile. Hospitalisé, l'on pratique un traitement vaccino-thérapique (propidon). En septembre, il revient à la consultation de chirurgie, car de temps en temps sa mâchoire inférieure le fait encore souffrir et, depuis juillet, est restée grosse. Douleur et tuméfaction sont mises sur le compte de la dent de sagesse inférieure droite, et le malade est dirigé vers la consultation de stomatologie de l'Hôpital. A notre premier examen, le malade présente, du côté droit de la joue, une déformation de la mandibule, elle est arrondie et surtout allongée dans le sens antéro-postérieur, et occupe presque toute la branche horizontale et fait corps avec elle.

La peau est tendue, sans changement de coloration appréciable. La palpation est un peu douloureuse. Les ganglions de la région ne sont pas atteints. Ouverture de la bouche, normale. Denture saine et intacte. Mais le vestibule inférieur est comblé et soulevé par une tuméfaction rouge. Après la deuxième prémolaire inférieure droite, la mandibule est complètement édentée. A ce niveau, les deux tables externes et internes de la mandibule sont écartées, l'os semble soufflé. A l'union de la branche horizontale droite avec la branche montante, pointe la couronne de la dent de sagesse. La pulpe du doigt donne partout la sensation d'un contact osseux et dur, et suggère l'idée d'une tumeur osseuse. De plus, le malade affirme ne jamais avoir subi d'extractions dentaires.

Le diagnostic clinique est confirmé par la radiographie qui révèle, dans la branche horizontale droite de la mandibule, la présence d'un odontome. Il semble occuper la place de la première molaire inférieure droite et avoir pris naissance sous l'influence anarchique, soit du follicule de la dent de six ans, soit sous celle des débris épithéliaux paradentaires de cette dent. En arrière, il est surplombé par la dent de sagesse fichée

horizontalement dans la branche montante. En bas, il a refoulé la dent de sagesse dont les racines semblent presque traverser le bord basilaire. Une opération s'impose. Les radiographies furent exécutées nombreuses pour tâcher d'évaluer l'épaisseur de la baguette basilaire.

L'opération eut lieu le 11 octobre 1932, sous anesthésie locale par infiltration doublée d'une injection anesthésiante à l'épine de Spyx. Dans un premier temps, la dent de sagesse fut extraite rapidement et un saillant de la branche montante effacé à la pince coupante afin de permettre l'énucléation de l'odontome. Dans un deuxième temps, la table externe fut abrasée puis l'énucléation proprement dite commença, mais il apparut bientôt que l'odontome, tout hérissé de pointes, faisait bloc avec le maxillaire, en avant et du côté lingual. La deuxième prémolaire inférieure fut sacrifiée. Il fallut, en dernier ressort, sacrifier un peu la pièce anatomique et couper transversalement, à la fraise, l'extrémité postérieure de la tumeur. Il fallut agir prudemment et longtemps pour arriver enfin à énucléer complètement l'odontome. L'extraction de la dent inférieure fut alors abordée. Cette dent avait une racine spiralée, d'où la difficulté de l'extraction et la fracture fatale de la très mince baguette osseuse.

La fracture fut réduite et le bon articulé maintenu en bouche close au moyen de ligatures métalliques disposées en échelle.

Examen de l'odontome. — Il ressemble assez à un gros marron ou à une truffe; il est mamelonné, muriforme, hérissé de pointes. Il offre à la vue un mélange anarchique de dentine, d'émail avec, par place, l'apparence de petites dents plus ou moins complètement constituées.

L'examen microscopique a été pratiqué sur un fragment taillé à la fraise. Le prélèvement comporte une masse dure, de constitution très complexe, comprenant un agglomérat de dentine, d'émail, de cément, disposés sans ordre défini.

OBSERVATION IV

(Brugeas [de Changaï] [Rapport de M. F.-M. Cadenat]. — Odontome du maxillaire inférieur. *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, t. 58, 2e année, 1932.)

Kao-Yu-Sing, trente-neuf ans, cultivateur, entre pour tumeur de la face.

L'affection a débuté il y a onze mois environ, au niveau de la gencive droite : douleur locale, fièvre et céphalée pendant une dizaine de jours, puis ces phénomènes s'atténuent, mais la tumeur grossit. Trois ou quatre mois après le début, apparaissent quelques noyaux durs sur la face externe du maxillaire inférieur droit. Les noyaux suppurent et prennent un aspect végétant. Depuis ce temps, la tumeur a grossi lentement, et la suppuration continue, fétide et abondante. Comme antécédents, le malade signale seulement une carie dentaire du maxillaire inférieur, soignée à l'âge de quinze ans; pas de douleur jusqu'à l'année dernière.

Examen du malade. — A l'inspection, tumeur volumineuse et ovoïde siégeant du côté droit, allant horizontalement depuis le sillon naso-génien jusqu'à la région parotidienne, et verticalement depuis la région malaire

jusqu'à la hauteur de l'os hyoïde. Plusieurs orifices ourlés de tissu bourgeonnant laissent s'échapper du liquide sanieux. La bouche ouverte, on voit sur le maxillaire droit une tumeur saillante, parsemée de fistules suppurant également. Les prémolaires et les molaires ont disparu, elles sont tombées seules. A la palpation, la tumeur est molle en certains points, élastique en d'autres, dure dans ses parties profondes; la pression fait sortir du pus très fétide. L'exploration au stylet mène sur une tumeur dure, mais ne sonnant pas comme l'os séquestré. Pas de douleur, pas d'anesthésie de la région mentonnière, pas de ganglions perceptibles du côté de la tumeur; du côté opposé, un ganglion sous-maxillaire volumineux et mobile.

Autres appareils : rien à signaler. Ni sucre ni albumine.

Réaction de Wassermann : faiblement positive et sans signification.

Examen du pus : pas de mycoses, microbes divers.

Diagnostic : en présence de cette tumeur ainsi fistulisée et suppurée, plusieurs hypothèses se présentent :

S'agit-il d'une ostéomyélite du maxillaire inférieur ? Ce sont des lésions fréquentes en Chine, soit comme suite d'une avulsion dentaire brutale et infectieuse, soit comme conséquence d'un développement anormal de la dent de sagesse. Il ne le semble pas; en effet, le malade, qui s'explique d'ailleurs très mal, dit bien avoir présenté un carie dentaire à l'âge de quinze ans, mais actuellement il en a trente-neuf. Il n'est pas question d'extraction dentaire; de plus, les ostéomyélites, et nous en voyons beaucoup, donnent une tuméfaction moins volumineuse et des séquestres sonnant mieux et plus clair.

Syphilis ? Tuberculose du maxillaire ? Non plus, le Wassermann est négatif. La tuberculose est bien rare.

Actynomicose ? La culture du pus n'a pas montré de champignons et le stylet nous mène sur un plan résistant.

Une tumeur ? Mais de quelle sorte ? Il s'agit certainement d'une tumeur purement osseuse, la lésion n'est pas venue de la gencive ou de la muqueuse pour gagner l'os.

Alors, un ostéo-sarcome ? Peut-être l'aspect bosselé, un peu inégal, de la tumeur, la sensation de fermeté de la périphérie peuvent nous y faire penser. Nous penchons pour cette hypothèse.

Un ostéome ? Nous en avons vu principalement au maxillaire supérieur, la dureté est infiniment plus grande et plus uniforme. Ils suppurent un peu et n'ont pas cet aspect.

Eliminons fibrome et chondrome ou encore une tumeur d'origine dentaire ?

Pas un kyste vraisemblablement ? Il est rare qu'au maxillaire supérieur ils atteignent cette dimension. Ils gonflent l'os mais ne s'accompagnent pas, même s'ils suppurent, d'une réaction périphérique comparable à celle qui existe dans notre cas.

Un épithélioma adamantin ? Mais la révolution est plus lente, plus bénigne et la réaction périphérique moins forte.

Un odontome ? Cela est possible. Malgré tout, cliniquement, nous penchons pour un sarcome.

La radiographie devait nous apporter la clef de l'énigme. Le Docteur Richet, Chef du Laboratoire de Radiologie, nous répond : « Kyste osseux, probabilité de kyste dentaire ».

En réalité, l'examen de la radio nous montre quelque chose de tout à fait particulier : le grand développement du maxillaire inférieur et, de plus, à l'intérieur de ce maxillaire, une masse très dense qui est de l'os et nous rappelle un cas d'ostéome vu peu avant; mais à la périphérie, cette masse osseuse est limitée par un sillon clair; ce n'est pas l'aspect d'un séquestre, celui-ci est en général allongé, gardant la forme de l'os effiloché par l'ostéite raréfiante. Ce n'est pas un kyste véritable, qui nous apparaîtrait comme une tache claire à contour bien limité. Ce n'est pas du tout l'aspect de sarcome, l'os peut être soufflé, mais la partie centrale est claire, le périoste réagit à la périphérie et, dans certains cas, l'os est rongé et détruit.

Est-ce un adamantinome ? Nous ne connaissons pas leur aspect radiologique, mais nous pensons qu'il doit être moins opaque étant donné leur consistance et leur structure.

Ici, il y a une cavité formée par l'os soufflé et, à l'intérieur, une grosse masse osseuse séparée de l'os par un interstice. Indiscutablement, nous avons affaire à un odontome, et c'est ce diagnostic que nous adoptons.

Intervention le 18 avril 1930. — Anesthésie intraveineuse au Pernocton de Ridel, sorte de somnifère purifié, mais offrant quelqus-uns de ses inconvénients. Au bout de trois minutes le malade dort, son pouls s'accélère progressivement et passe de 80 à 130 où il se maintient pendant toute l'opération. Celle-ci peut être faite presque en entier sans autre anesthésie; tout à fait à la fin, le malade s'agite et il faut lui donner quelques gouttes de chloroforme qui le calment instantanément.

Incision large suivant la partie saillante de la tumeur. On trouve des bourgeons lardacés qui éveillent en nous l'idée de sarcome par leur aspect rose, succulent, mais nous sommes fixés par la radiologie. Nous arrivons sur la table externe que nous ruginons et enlevons à la curette et à la pince gouge. Nous nous trouvons sur une masse volumineuse que nous dégageons peu à peu; elle représente le volume d'une grosse mandarine, elle est de couleur chamois et tranche sur l'aspect blanc du maxillaire. Elle est encastrée dans l'os où elle est fixée comme un bloc dans une dent soignée. Cette tumeur est dure, presque comme de la pierre, et il faut la faire sauter au ciseau et marteau, travail long et pénible; enfin, elle vient peu à peu et nous avons la satisfaction de dégager la cavité du maxillaire et d'extirper toute la tumeur osseuse.

Une partie de cette tumeur est envoyée au laboratoire d'anatomie pathologique du Public Health Department qui répond : « La section montre un odontome; la tumeur paraît consister en dentine et cément, et c'est pourquoi elle appartient à la variété connue sous le nom d'odontome amorphe ».

Large drainage, suppuration abondante au début, puis les chairs s'affais-

sent, les bourgeons sous-cutanés se flétrissent, disparaissent, et le malade sort au bout de deux mois environ, à peu près guéri.

M. Brugeas m'a adressé cette observation parce qu'il a vu dans nos bulletins la pièce que je vous ai présentée le 6 décembre 1930. Mais les deux cas sont bien différents. Dans le mien, il s'agissait d'un parodontome coronaire, c'est-à-dire de ce qu'on appelle couramment « dent véruqueuse ». Odontome circonscrit appendu à une dent sensiblement normale. La pièce enlevée par notre collègue de Chine appartient au groupe que Broca appelait odontomes odontoplastiques dentifiés et se rapproche de l'observation de Forget reproduite dans tous les classiques. Ce sont des tumeurs se produisant aux dépens de tissus dentaires déjà assez différenciés, puisqu'on y trouve les éléments ordinaires de la dent, mais dont la prolifération s'est faite d'une façon désordonnée au lieu de constituer une dent normale. Cette pièce contenait de la dentine, mais non pas d'émail, contrairement à ce qui s'observe d'ordinaire. Par contre, elle renfermait du cément. Broca niait qu'on put en rencontrer, mais la démonstration a souvent été faite du mal-fondé de cette affirmation. Le cas de Brugeas s'ajoute à beaucoup d'autres, M. Brugeas a débarrassé avec le minimum de dégâts le malade de sa tumeur, et l'on peut affirmer, étant donné la loge bien limitée dans laquelle se trouvait celle-ci, que lorsque le travail de réparation sera terminé, son opéré sera définitivement guéri, car ces tumeurs ne récidivent pas.

OBSERVATION V

(Mercandino [C. P.] et Aprile [H.]. — Complexe odontoblastic odontoma of lower jaw. *Rev. Assoc. Med. Argentina,* juin 1934.)

Antécédents personnels. — Diphtérie à trois ans. Rougeole à onze ans. Règles normales. A dix-huit ans, se marie. Mari sain. Quatre fils. Un décédé à quatorze ans d'épilepsie. Les trois autres sont sains. A fait trois avortements spontanés.

Antécédents héréditaires. — Sans importance.

Maladie actuelle. — A trente ans, commence à sentir les premières douleurs au niveau de la bouche, à la hauteur de la troisième molaire inférieure gauche; ces douleurs sont accompagnées d'un trismus très prononcé. Elle est examinée par un dentiste qui attribue ces phénomènes à l'éruption difficile de la troisième molaire. En conséquence, incision sur le bord de la gencive où apparaît la dent peu de temps après. Au bout d'un certain temps, la malade commence à sentir de nouvelles douleurs qui, cette fois, sont attribuées à une carie qui a envahi la molaire. On lui conseille donc de la faire extraire, ce à quoi la malade se résoud trois ans après, époque à laquelle les douleurs deviennent insupportables. Au moment de l'extraction, elle accuse une forte douleur qui lui fait perdre connaissance et oblige à suspendre immédiatement toute nouvelle tentative. La malade eut à ce moment l'impression de sentir du bruit, comme si quelque chose s'était cassé dans son maxillaire. Les douleurs continuent

ainsi durant huit jours. Cet épisode lui fait peur et elle ne se prête pas à une nouvelle tentative d'extraction, comme on le lui conseillait. Elle passe ainsi cinq ans avec des alternatives de douleur et de calme.

Au bout de cinq ans, la malade commence à avoir mauvais goût dans la bouche, mauvaise haleine, perd du poids, pâlit, larmoie et souffre de l'oreille. Ces douleurs sont parfois très aiguës. Dans cet état, elle va consulter un dentiste qui diagnostique un abcès avec pus abondant, lui conseillant d'extraire immédiatement la troisième molaire et plusieurs autres dents en mauvais état. Il procède à l'extraction qui se réalise avec toute facilité. La pièce, assure le dentiste, était fracturée, chose qui peut confirmer la maladie de la dent, si bien que les douleurs s'atténuent.

Mais le pus existe toujours en abondance et, de temps en temps, la malade se plaint encore de douleurs dans l'oreille. Pendant ces deux dernières années, il y a des périodes pendant lesquelles la suppuration disparaît. Il se forme sur un point de la muqueuse de la bouche, au niveau de l'angle qui forme le bord antérieur de la branche ascendante du maxillaire inférieur avec le bord supérieur de la branche horizontale, une tumeur qui grandissait, suppurait de nouveau. Durant ce laps de temps, on lui fit des injections dans la branche montante du maxillaire inférieur et des vaccins antipyogènes. Comme on n'obtenait aucun résultat, on consulta plusieurs dentistes et un chirurgien qui diagnostiqua une ostéomyélite du maxillaire inférieur avec pronostic réservé. C'est dans ces conditions qu'on envoya la malade, dont l'état actuel, après examen, est le suivant :

Etat actuel. — Extérieurement, la malade ne présente rien d'anormal. Figure symétrique, mouvements actifs, amples et faciles. L'examen de la bouche révèle sur la muqueuse, au niveau du point d'intersection du bord intérieur de la branche montante du maxillaire inférieur avec le bord supérieur de la branche horizontale du côté gauche, c'est-à-dire au point d'implantation de la troisième molaire inférieure, un petit orifice presque punctiforme, duquel sort une quantité importante de pus. Un stylet, introduit par ce pertuis, se heurte, après un court trajet fistuleux, contre un corps de consistance dure, auquel on peut imprimer de légers mouvements.

Aucune autre particularité, autant locale que générale, ne se constate dans l'examen de la malade.

Nous décidons de faire une radiographie. Nous en retirons les conclusions suivantes : au niveau de l'angle du maxillaire inférieur, se détache un jour obscur, de forme presque circulaire, qui se prolonge vers le haut en forme d'un ergot d'un demi-centimètre. Le volume de cette zone est celui d'une pièce de monnaie de 2 centimes, avec un bord plus ou moins nettement différencié qui ne se confond pas avec l'os dans lequel il se trouve. Dans sa périphérie, il est entouré par une marge plus claire qui le sépare nettement de l'os. Son opacité est aussi grande que celle des dents, faisant supposer que sa consistance est plus forte que celle de l'os et très ressemblante à celle des dents. Le maxillaire semble avoir conservé son intégrité de forme et toute son extension. Seul, au niveau de

la portion inférieure de la branche ascendante et de la portion postérieure de la branche horizontale, il apparaît augmenté de volume, mais on ne découvre aucune lésion osseuse intrinsèque. Nous décidons d'intervenir avec un pronostic de présomption : « odontome du maxillaire inférieur ».

Intervention (Chirurgien Umberto Aprile). — Anesthésie tronculaire de la dentition inférieure, à l'entrée du canal, complétée par une anesthésie locale dans le trajet du nerf buccal.

Incision en ligne courbe de 3 mm. de longueur, du bord antérieur de la branche ascendante du maxillaire inférieur jusqu'à l'angle traversant, dans sa longueur, le trajet fistuleux. On dénude l'os et on rencontre un petit orifice osseux de 1 ou 2 mm. de diamètre, qui communique avec la tumeur. Nous sectionnons au ciseau deux coins osseux jusqu'à obtenir une brèche suffisante pour extraire la tumeur intégralement.

Nous curettons les parois de la cavité en extirpant une quantité normale de tissu granulomateux.

Tamponnement avec gaze iodoformée.

Suites opératoires. — Il apparaît chez la malade un œdème externe avec trismus. On sort le tampon et on lave la cavité avec une solution antiseptique. Le trismus diminue progressivement et, au bout de deux à trois jours, l'œdème disparaît et la cavité se regarnit progressivement jusqu'à cicatrisation complète qui se réalise au bout de deux mois.

Examen anatomo-pathologique

Etude macroscopique. — La pièce opératoire extraite consiste en un corps du volume d'une noix de forme conique, similant une molaire géante, de consistance osseuse, de couleur jaunâtre et de 21,70 g. La néoformation a les dimensions suivantes : 4,2 cm. × 2,3 cm. × 1,7 cm.

Sa superficie ressemble, d'aspect, à du cément dentaire. On fait une section de la pièce en sens axial et, à simple vue, on observe deux variétés de tissus. Une partie formée d'une couche périphérique de cément juxtaposée à une frange de dentine et correspondant à la racine.

Une deuxième partie formant le reste de la tumeur et formée de tissu amorphe de consistance dure avec des travées concentriques, et dont se détache quelques morceaux ronds, petits, plus blancs que les tissus dans lesquels ils sont situés, et qui donnent l'impression de tissu plus condensé.

Etude histologique. — On fait une coupe microscopique, on la monte en résine Damac selon la technique courante et on observe directement. Coupe arrondie, sa superficie se différencie dans ses deux parties par la présence d'un tissu segmentaire périphérique qui, en deux zones opposées, émet une prolongation vers le centre de la préparation, divisant le champ en trois lobules. Une frange de dentine se dispose en dessous, en forme et relation semblables à ce que l'on observe dans la région radiculaire des dents, et accompagnée de cément dans presque toutes ses ramifications.

Dans l'étude des lobules internes, nous arrivons à distinguer : à la périphérie, du tissu semblable au cément :

— soit de type cémentoïde, quoique plus riche en éléments figurés;

— soit des cellules du type des cémentoblastes;

— à l'intérieur, des éléments figurés et polycycliques rappelant par leur forme et leur aspect le tissu adamantin.

Conclusion. — Cette tumeur peut être classée dans les tératomes dentaires, car elle est formée par des tissus à caractère de dentine d'émail et de cément : c'est un odontome odontoplastique complexe, car il est composé de tissu élémentaire adulte et qu'il n'a pas la forme d'une dent.

C'est une tumeur bénigne que l'on pourrait classer dans les tumeurs d'origine paradentaire. Elle est sans doute due à l'hypergénèse d'un germe dentaire supernuméraire auquel se sont agrégés des débris paradentaires de Malassez.

OBSERVATION VI

(Recueillie dans le Service de Clinique Odonto-Stomatologique de Bordeaux [Professeur X.-J. Dubecq].)

Le 26 avril 1945, se présente à la consultation M. M... (Yves), vingt et un ans, boulanger. Il est amené par le Docteur Fournier.

Antécédents. — Rien de particulier à signaler.

Histoire de la maladie. — Le début de l'affection remonte environ à quatre mois, par une tuméfaction inflammatoire du maxillaire supérieur droit. Une incision a été faite.

Par la suite, il a été procédé, par M. Fournier, à l'extraction d'une dent complète et à un curettage.

Une radiographie est faite par le Docteur Aude, le 30 mars 1945. Elle montre un énorme bloc opaque qui remplit le tiers postérieur du film. On pense à un gros séquestre éburné : en somme, le malade est en train d'éliminer la moitié postérieure de son bord alvéolaire.

27 avril 1945. — Deux petits fragments de la tumeur sont prélevés en des points différents et envoyés pour examen histologique. Le malade est renvoyé.

31 mai 1945. — Le malade est de nouveau hospitalisé. La voussure du maxillaire supérieur droit est sensiblement la même.

A l'examen endobuccal, toute la région alvéolaire du maxillaire supérieur droit est dénudée, et la tumeur se présente sous une plus grande surface. Elle a un aspect grisâtre, irrégulier, pierreux et, lorsqu'on essaie de l'ébranler, on voit qu'elle jouit d'une petite mobilité vis-à-vis du reste du maxillaire. Elle est circonscrite par une muqueuse légèrement ulcérée. Il n'y a pas de réaction ganglionnaire.

Hospitalisation le 31 mai 1945.

Temps de saignement	3'30"
Temps de coagulation	10'
Analyse d'urine	normale.

Diagnostic probable : odontome odontoplastique.

Intervention le 28 avril 1945. — Anesthésie de base au nargénol, complétée par quelques bouffées de chloroforme.

La tumeur est abordée par un lambeau triangulaire à base supérieure

et assez facilement mobilisée à la rugine. Elle est extraite sans difficulté.

Il s'agit d'une masse plus grosse qu'un œuf de poule, mesurant : grand axe, 58 mm.; largeur, 37 mm.

La section à la scie ne montre que des tissus durs de couleur blanchâtre à la périphérie, mais dont la majeure partie est constituée par du tissu d'aspect jaunâtre ressemblant à l'ivoire.

A la partie supérieure et antérieure, on remarque une cavité kystique revêtue d'une membrane et renfermant la couronne d'une dent.

Les suites opératoires sont normales. Trois mois après, la cavité est en partie comblée.

Anatomie pathologique

Aspect macroscopique.

L'odontome se présente sous forme d'une masse allongée, grossièrement cylindrique, de 58 mm. de hauteur avec une base de 37 mm. L'extrémité inférieure est horizontale.

L'extrémité supérieure, au contraire, est acuminée avec saillie latérale. La surface de cette masse apparaît irrégulière, bosselée, mamelonnée, rugueuse. Quelques lambeaux de tissu mous demeuraient adhérents à la masse solide après l'intervention. Ils ont été ruginés et ont fait l'objet d'un examen microscopique spécial. Toute la masse tumorale est très dure. A l'extrémité supérieure, cependant, on perçoit une zone de la dimension de l'extrémité de la pulpe du petit doigt, se montrant molle et légèrement dépressible.

Nous verrons qu'elle correspond au toit d'une petite cavité creusée dans la masse dure, toit constitué par une paroi de tissus mous. Ceux-ci également ont fait l'objet d'un examen histologique particulier. Cette masse cylindrique a été sciée suivant sa longueur en deux parties égales. La tranche de section, parfaitement lisse, nous a permis de faire les constatations suivantes :

Obs. VI. — Section de la tumeur selon son grand axe (grandeur naturelle).

1, Couronne de dent recouverte d'émail.

2, Masse d'aspect dentinaire.

1° A l'extrémité supérieure, existe une cavité du volume d'un noyau de cerise, creusée pour les trois quarts dans la masse compacte et couverte par une membrane molle de 1 mm. 1/2 d'épaisseur;

2° A côté de cette cavité et un peu en dessous, on trouve la coupe d'une couronne dentaire, la face triturante dirigée vers le bas. Elle est de dimensions normales, mais il n'y a pas de racine ni de chambre pulpaire. On distingue nettement l'ivoire entouré d'émail;

3° Au-dessous de la dent, le contact avec la masse dure n'est pas direct. On remarque

quelques anfractuosités, dont une importante, en forme de cupule. Autour, il semble qu'il y ait de l'ivoire et de l'émail, et que nous nous trouvions également en présence d'une deuxième dent. Mais ces caractères sont moins nets que pour la dent située au-dessus;

4° Orientées à partir de cette anfractuosité que nous venons de signaler, on aperçoit des striations se déployant en éventail presque jusqu'à la périphérie de la masse. Elles possèdent une certaine obliquité que nous indiquons sur un schéma. Tout à fait en bas, la striation présente une direction un peu différente;

5° Le pourtour de la masse tumorale est serti par une bande irrégulière de structure homogène, d'épaisseur très inégale, variant de 1/2 à 2 mm.

Etude microscopique.

1° Sur des coupes après décalcification;

2° En utilisant la tranche parfaitement lisse de la tumeur avec éclairage par réflexion. Grâce à cette technique, nous avons pu étudier la structure de la masse tumorale avec beaucoup plus de précision que par des coupes classiques.

I. — Examen direct de la surface tumorale

a) La dent est incluse dans la tumeur. Elle est formée de deux substances :

Toute la partie centrale est de l'ivoire homogène de coloration jaune pâle. On aperçoit nettement les canaux parallèles, légèrement courbés, qui la parcourent. Ils se présentent comme de fines bandelettes plus claires que le reste de la substance.

Entourant l'ivoire, on trouve une couche épaisse d'émail blanc, très reconnaissable à ses très fines stries de Schreger.

b) La bande claire, assez blanche, homogène, mais d'épaisseur inégale, qui entoure la masse a nettement la structure de l'émail.

c) La partie centrale de la masse qui en constitue la majeure partie a une composition très complexe. Le fond est formé par une substance du type de l'ivoire. Mais il est sillonné par des bandelettes allongées et parsemées d'îlots réfringents qui donnent à l'ensemble cet aspect de striation en éventail.

1° Etude des bandelettes. — Elles ont des contours très irréguliers et sont de deux types différents :

— les unes brillantes, blanches, homogènes, unies, lisses, présentant des stries fines de Schreger : c'est de l'émail;

— les autres sont faites de mille facettes agglomérées, parfois réfringentes, parfois noircies. Ce sont des canaux qui semblent avoir la même valeur que les canaux pulpaires.

Certaines de ces facettes sont ternies par une substance noirâtre qui s'efface au grattage. C'est peut-être un résidu de substance pulpaire ?

2° Etude des îlots. — Ce sont :

— soit des fragments d'émail;

— soit des cavités ayant les mêmes caractères que les bandelettes réfringentes.

II. — Etude histologique des coupes

La section de la coupe a été faite perpendiculairement aux striations.

Le fond est constitué par de l'ivoire dans lequel on retrouve deux sortes de canaux :

— les uns, très petits, sont les canaux de l'ivoire;

— les autres, plus importantes, sont : soit des canaux pulpaires, soit des fragments d'émail ayant sauté par suite de décalcification de la coupe.

Mais cette étude de la coupe décalcifiée n'est pas aussi complète que celle faite par l'éclairage réfléchi.

III. — Etude des tissus entourant la masse dure

Ce sont des tissus de type granulomateux tendant à la suppuration et très riches en plasmocytes.

IV. — Etude du toit de la cavité située à la base de la tumeur

Il est composé :

— d'une lame épaisse fibreuse;

— d'un tissu formé de cellules claires plus ou moins tassées à cytoplasme spumeux. Parmi ces cellules on trouve de nombreux vaisseaux.

Par endroit, ces cellules sont groupées en travées et plus serrées. La nature de ces cellules est assez difficile à interpréter, mais peut-être avons-nous affaire à des odontoblastes ?

Enfin, sur un côté de la coupe, on trouve un revêtement de cellules cylindriques et effilées qui ressemblent à des adamantoblastes.

Peut-être est-ce là une zone d'activité cellulaire ?

CHAPITRE III

Etude générale des odontomes

C'est d'après ces quelques observations que nous allons essayer de donner une étude complète des odontomes.

Symptomatologie.

Comme la plupart des tumeurs dentaires, les odontomes ont un début insidieux qui, dans la plupart des cas, passe complètement inaperçu. La tumeur prend progressivement la place de l'os qui se décalcifie sans que le malade perçoive la moindre douleur. Parfois, et c'est le cas des observations II et IV, le début se traduit par une infection, soit brutale avec fièvre, soit, au contraire, lente, insidieuse, torpide.

Mais, plus souvent, le malade vient à la consultation car il a remarqué une tuméfaction au niveau de son maxillaire. Cette tuméfaction est souvent indolore, mais peut parfois se traduire par des douleurs locales. Quand la tumeur augmente de volume, elle peut donner lieu à des phénomènes douloureux assez éloignés du point où siège la tumeur. C'est ainsi que, dans l'observation II, le malade est allé consulter un oto-rhino-laryngologiste, car il souffrait de violentes douleurs dans l'oreille droite.

De Lapersonne a présenté à l'Académie de Médecine, en 1921, un cas où la malade était venue consulter pour une exophtalmie et des troubles de la vision complétant une asymétrie faciale assez apparente. Mais ces deux cas sont assez rares; la plupart du temps, le malade se présente avec une tuméfaction plus ou moins importante de la mâchoire qui, en général, est le siège de violentes douleurs.

Examen du malade.

On note toujours une déformation du maxillaire, variant avec l'importance de la tumeur. La peau et la muqueuse qui recouvrent la tumeur sont normalement colorées. Mais, lorsque la tumeur est infectée, on aperçoit un trajet fistuleux par où s'écoule un pus abondant.

Parfois, la tumeur émerge au niveau de l'arcade dentaire,

comme dans l'observation VI. Elle présente alors un aspect irrégulier, pierreux; elle est souvent légèrement mobile dans le maxillaire et on peut alors porter le diagnostic d'odontome, car c'est là un aspect caractéristique.

Examen radiologique.

C'est lui qui, le plus souvent, permet de porter le diagnostic certain. Il confirme parfois le diagnostic clinique lorsque celui-ci a été fait comme dans l'observation VI, mais, ordinairement, c'est lui qui nous permet d'écarter les autres tumeurs auxquelles aurait pu faire penser l'examen clinique.

L'image radiographique des odontomes est caractéristique.

Elle nous montre dans tous les cas une masse de grandeur variable située à l'intérieur du maxillaire, mais d'une opacité plus grande que celle de l'os. Cette opacité n'est comparable qu'à celle des dents. De plus, cette masse opaque est nettement séparée de l'os qui l'entoure par un sillon plus clair qui est en général très bien marqué.

Le diagnostic différentiel doit cependant être fait avec :

— un séquestre, mais celui-ci est en général allongé, gardant la forme de l'os, effiloché par l'ostéite raréfiante;

— un kyste donne une image plus claire;

— un sarcome, l'os peut être soufflé, mais la partie centrale est claire et le périoste réagit à la périphérie;

— l'adamantinome donne une image plus claire, d'aspect kystique, en grappe de raisin.

Nous voyons donc que l'image de l'odontome ne peut être confondue avec aucune autre, surtout quand il est très développé, comme dans l'observation VI.

Pathogénie.

C'est Broca qui, le premier, a émis une théorie sur l'origine des odontomes. Il admet que ces tumeurs ne peuvent se développer qu'aux dépens du germe dentaire ou d'un germe dentaire surnuméraire, dans le cas où le germe dentaire normal aurait donné naissance à une dent normale.

Mais Broca place l'origine des tumeurs uniquement dans le bulbe du germe dentaire et non dans la partie épithéliale du germe.

Par contre, Malassez admet que les odontomes ont leur origine

dans le groupe profond des débris épithéliaux qu'il a particulièrement étudiés. Cette théorie épithéliale, qui attribue aux odontomes une origine ectodermique, s'oppose à la théorie bulbaire de Broca ou théorie d'origine mésodermique.

Ces deux théories sont trop exclusives et il semble que le germe dentaire normal, ou germe dentaire surnuméraire organisé, soit à l'origine des odontomes, mais ceux-ci peuvent en même temps être dus à la prolifération exagérée et anormale de leurs éléments d'origine ectodermique et mésodermique, puisque nous rencontrons dans ces tumeurs l'ivoire, l'émail et parfois du cément.

A quoi peut-on attribuer cette prolifération anormale et exagérée du germe dentaire ? Sans doute à une infection microbienne comme le prétendent certains auteurs, se basant sur le fait que, souvent, le siège d'élection est situé à l'angle de la mâchoire, point le plus déclive de la bouche où la salive septique reste continuellement en contact avec la muqueuse, infectant ainsi les germes dentaires.

Pour d'autres, les traumatismes répétés déclencheraient l'hyperplasie cellulaire; ils s'appuient sur le fait que la troisième molaire inférieure est souvent atteinte, car elle serait soumise à des traumatismes répétés entre la branche montante du maxillaire et la deuxième molaire. Mais ce ne sont là que des hypothèses qui ne semblent pas s'imposer encore définitivement.

Etiologie.

Les odontomes sont des tumeurs qui apparaissent chez les sujets jeunes, en général pendant la période de développement des dents. Dans les observations que nous avons recueillies, l'âge des sujets atteints varie entre dix et trente-neuf ans. Mais ce dernier cas est assez exceptionnel, et il est fort probable que la tumeur était depuis déjà longtemps en évolution quand le malade a commencé à en souffrir.

Le sexe ne semble pas avoir une grosse influence sur le développement des odontomes. Les cas observés sont aussi fréquents chez les deux sexes. Ceci semble d'ailleurs normal, car il n'y a aucune théorie qui ait admis une influence sexuelle quelconque sur le développement de ces tumeurs.

Anatomie pathologique.

Macroscopiquement, ce sont des tumeurs très dures, de contours irréguliers ayant un aspect pierreux. Elles renferment en général une ou plusieurs dents ou ébauches de dent. On a rencontré dans certains cas jusqu'à une dizaine de ces ébauches dentaires.

La forme des odontomes rappelle d'une façon plus ou moins exacte celle d'une dent. Ils sont en général cylindriques et possèdent parfois un prolongement semblable à la racine d'une dent normale.

Le volume est essentiellement variable, mais ne dépassant pas, dans la plupart des cas, la grosseur d'une noix. L'odontome qui nous a inspiré ce travail est remarquable par le volume anormal qu'il a atteint. Nous avons vu, en effet, qu'il est à peu près de la taille d'un œuf de poule. Parmi tous les cas d'odontomes rapportés dans la littérature, nous n'en avons trouvé aucun qui ait atteint un tel volume.

Histologiquement, la constitution des odontomes est assez variable.

Théoriquement, nous devrions trouver dans ces tumeurs les trois sortes de tissu constituant une dent normale, puisque nous admettons qu'ils se développent aux dépens d'un germe dentaire normal ou surnuméraire.

Ce sont les cas des odontomes rapportés dans les observations I et III qui contiennent de l'ivoire, de l'émail et du cément. Ces cas ne sont pas la règle et, bien souvent, l'un des tissus fait défaut. Dans notre observation, c'est le cément qui est absent et cela est sans doute dû au fait que notre odontome ne possède aucun prolongement pouvant rappeler la racine d'une dent. C'est un odontome coronaire.

Dans l'observation IV, nous trouvons de l'ivoire et du cément, mais pas de traces d'émail; nous avons, dans ce cas, affaire à un odontome radiculaire.

Il semble cependant que la dentine soit présente dans tous les cas observés; celle-ci étant présente dans la couronne et la racine des dents, il est normal que nous la retrouvions aussi bien dans les odontomes coronaires et radiculaires.

Pronostic.

Les odontomes sont des tumeurs essentiellement bénignes. C'est là d'ailleurs une de leurs principales caractéristiques. Ce sont des

tumeurs qui ont un développement local, sans aucune réaction ganglionnaire. Aussi, lorsqu'on les a extraites, aucune récidive n'est à redouter. Toutes les observations que nous avons apportées montrent que tous les sujets opérés ont été définitivement guéris.

Dans notre observation, nous ne pouvons conclure encore définitivement puisque l'opération n'a eu lieu qu'il y a cinq mois. Mais nous ne pensons pas qu'une récidive soit à craindre.

Traitement.

Le traitement des odontomes est uniquement chirurgical.

L'anesthésie est variable, suivant l'importance de la tumeur.

L'anesthésie locale suffit dans les cas où nous avons affaire à une petite tumeur. Mais lorsque celle-ci atteint un volume important, comme dans notre observation, l'anesthésie locale n'est pas suffisante et il faut avoir recours à l'anesthésie générale.

Intervention. — On utilise toujours la voie buccale de préférence à la voie transmaxillaire qui a l'inconvénient de laisser une cicatrice et parfois une fistule longue à guérir dans les cas d'odontomes infectés.

Le plus souvent, on extirpe la tumeur en bloc. Cette opération est en général facile, surtout dans les cas d'odontomes suppurés, car le pus prépare un bon plan de clivage.

La principale des complications à redouter est la fracture du maxillaire. C'est une complication assez fréquente comme en témoignent les observations II et III.

Les suites opératoires sont, dans la majorité des cas, normales.

Dans les deux ou trois mois qui suivent l'intervention, la brèche opératoire est comblée et la cicatrisation est complète.

Lorsque la perte de substance est particulièrement importante, il peut être utile de faire une intervention plastique pour combler la brèche opératoire.

CONCLUSIONS

1° Les cas d'odontomes publiés dans la littérature française ou étrangère sont rares. On ne trouve, dans les publications des quinze dernières années, qu'une dizaine d'observations précises et détaillées.

2° Ces tumeurs s'observent avec prédilection chez des sujets jeunes dont l'âge varie entre dix et trente-cinq ans. Les deux sexes sont frappés avec une égale fréquence. Le maxillaire inférieur paraît plus fréquemment atteint que le maxilllaire supérieur.

3° L'examen radiologique a permis, dans la plupart des cas, de faire le diagnostic.

Dans notre observation, le diagnostic clinique était possible par suite de l'extériorisation de la tumeur au niveau de la région alvéolaire. Plus rarement, le diagnostic n'a été élucidé que par l'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire.

4° Les odontomes sont des tumeurs de volume réduit, sauf dans le cas que nous rapportons dans notre travail.

Histologiquement, il s'agit de tumeurs dont le processus édificateur tient à la fois de l'adamantogénèse et de la dentinogénèse provenant d'un germe dentaire normal ou surnuméraire.

5° Le pronostic des odontomes est bénin. La guérison est la règle.

Une intervention plastique est quelquefois nécessaire pour combler la brèche opératoire.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen,*

R. DUPÉRIÉ.

Vu, bon à imprimer :

Le Président,

X. J. DUBECQ.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 5 Décembre 1945.

Le Recteur,

A. MARCHAUD.

BIBLIOGRAPHIE

Bercher, Codvelle et Ruppe. — Classification des tumeurs du maxillaire. *Presse Médicale*, Paris, t. XCII, 1936, 14 novembre, p. 1809.

Bercher et Grandclaude. — Adamantinome odontoplastique. Odontome odontoplastique ou dentome ? *Revue de Stomatologie*, Paris, 1931, p. 359.

Bergara (C. et A. R.). — Embryoma with multiple denticles (Broca's odontoplastic odontoma) with report of case. *Semana Med.*, Buenos-Ayres, 1939, 23 février, p. 438-444.

Campanini. — Odontomas clinical and histopathologie study. *Stomatol. Modene*, 1937, vol. 35, mai, p. 299-318.

Castro (de) et Falcas (P.). — Complexe odontoma of jaw. *Revue de Stomatologie*, Paris, 1936, vol. 38, septembre, p. 663-678.

Chompret et Dechaume. — Considérations sur les adamantinomes. Société de Stomatologie, séance du 21 avril 1931. *Revue de Stomatologie*, Paris, 1931, vol. 33, juin, p. 321-331.

Colyer (J. F.). — Enfermedades neoplasticas de los dientes. *Cap. Odontomas Patologica y clinica odontologica*, Barcelona, 1930, cap. 22, p. 648.

Cordeiro et Cansancao (J. J.). — Sobre un caso de adamantinoma cistico gigante do maxilar superior. *Rev. Otolaring. de Sao-Paulo*, 1933, vol. 1, n° 1, p. 3.

Cousins (J. W.). — A case of compound follicular odontoma. *Brit. Med. Journ.*, Londres, 1908, juin, p. 1352.

Crocquefer et Rousseau-Decelle. — Tumeur solide d'origine dentaire, épithélioma adamantin, odontome ou paradontome radiculaire ? *Revue de Stomatol.*, Paris, 1932, vol. 34, p. 1.

Crocquefer (M.). — Trois observations de kystes paradentaires surmontés de dents vivantes avec intégrité de l'arcade dentaire. *Presse Médicale*, Paris, 1930, n° 93, p. 1576.

Crocquefer (M.). — Epithélioma adamantin ou adamantinome dentifère solide. *Revue de Stomatologie*, Paris, 1931, vol. 33, p. 332.

Crocquefer (M.). — Epithélioma adamantin. *Revue de Stomatologie*, Paris, 1931, p. 359.

Dechaume. — Adamantinome solide dentifé encore appelé odontome. *Revue de Stomatologie*, Paris, 1931, vol. 33, p. 726.

Falcao et Castrolima. — Complexe odontoma of upper jaws. *Revue Otorhino-laryngologie de Sao-Paulo*, 1935, vol. 3, janvier-février, p. 1-10.

Freedman. — Odontoma of maxillary sinis. *Arch. otolaryngologie*, Chicago, 1932, vol. 15, mai, p. 710-715.

Grimaud (René). — Kystes mandibulaires d'origine dentaire. *Revue de Stomatologie*, Paris, 1931, vol. 33, p. 576.

Gullifer (W. H.). — Odontoma. *Ann. Journ. Orthodontics*, Saint-Louis, 1938, vol. 24, août, p. 795-800.

Harborow (G.) et Turner (J. C.). — Complex composite odontoma. *Proc. Roy. Soc. Med. (Sec. Odont.)*, Londres, 1930, vol. 23, octobre, p. 49-58.

Hatton. — Odontoma. *Tr. Chicago Patho. Soc.*, Chicago, 1931, vol. 13, 1er juin, p. 448.

Hoge (A.), Jones (Al.) et Ambrecht (A. C.). — Composite odontoma in presence of syphilis. *West Virginia Med. Journ.*, Charleston, 1931, vol. 27, 1er janvier, p. 31-34.

L'Hirondel. — Deux cas d'odontomes du maxillaire compliqués de fractures. *Revue de Stomatologie*, Paris, 1933, vol. 35, p. 125-139.

Horbst (L.). — Soft odontoma of jaws case in girl. *Archives Ohren Nasen u Kehlkopfh*, Berlin, 1934, vol. 138, p. 30-36.

Jacques. — Suppurative and fistulated odontoma of lower jaw. *Oto-Rhino-Laring. Internat.*, Paris, 1929, vol. 13, novembre, p. 468-470.

Jacobs (M. H.). — Etiology of dentigerons cysts multilocular cysts odontomas and adamantinomas. *Ann. Journ. Orthodontics*, Saint-Louis, 1939, vol. 25, décembre, p. 1130-1206.

Laurens (G.). — Tumeurs du maxillaire supérieur d'origine dentaire. *Précis d'Oto-Rhino-Laryngologie*, 1931, p. 718. Masson, édit., Paris.

Lecourt (Théodore). — Contribution à l'étude des épithéliomas adamantins du maxillaire supérieur. *Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*. Paris, 1929, vol. 48, septembre, p. 919-936.

Leriche (R.) et Cotte (J.). — Classification et pathogénie des tumeurs des mâchoires d'origine dentaire. Enclavomes dentaires. *Revue de Chirurgie*, Paris, 1910, p. 1037.

Malassez et Galippe. — Les débris épithéliaux paradentaires. Paris, 1910.

Masson (P.). — Dérivés des épithéliums des muqueuses nées de l'ectoderme et de l'endoderme. In *Les Tumeurs*, 1923, p. 332.

Mercandino et Aprile (H.). — Complexe odontoblastic odontoma of lower jaw. *Rev. Assoc. Med. Argent.*, Buenos-Ayres, 1934, vol. 48, juin, p. 643-650.

Milver (C.) et Ghohs (N.). — Dentigerous cyst (follicuolor odontoma). *Indian Med. Gaz.*, Calcutta, 1930, vol. 65, février, p. 89-90.

Pont (A.). — Tumeurs des mâchoires d'origine dentaire. In *Précis des maladies des dents et de la bouche*, Paris, 1921, p. 363. Doin, édit.

Pritchard (G. B.) et Kenshole (H. H.). — Complexe composite odontome. *Proc. Roy. Soc. Med.*, Londres, 1932, vol. 25, juillet, p. 1461-1466.

Pritchard (G. B.). — Origin and growth of composite odontome. *Proc. Roy. Soc. Med.*, Londres, 1933, vol. 26, février, p. 472-478.

Rossert. — Etude sur les grands kystes adamantins du maxillaire inférieur. Thèse, Paris, 1930. In *Presse Médicale*, 1930, p. 836.

Roy (M.). — Kystes de la branche horizontale droite du maxillaire inférieur. *Revue de Stomatologie*, Paris, 1931, vol. 33, p. 46.

Rushton (M. A.). — Dilated composite odontome. *Guy's Hosp. Gaz.*, Londres, 1936, vol. 50, 7 novembre, p. 438-442.

Rywkind (A. W.). — Pathology of odontomas. *Virchows Arch. f. Pathol. Anat.*, Berlin, 1930, vol. 277, p. 228-247.

Rywkind (A. W.). — Pathology of odontomas. *Vierteljahrsschr. f. Zahnh*, Berlin, 1929, vol. 45, p. 562-605.

Saes (Paulo). — Cisto para-dentario do maxilar superior. *Revue d'Oto-Laryngologie de Sao-Paulo*, 1933, vol. 1, avril, p. 93-97.

Santos (G. Dos). — Un kistos dentigero. *Gac. Med. de Bahia*, 1905-1906, t. XXXVII; p. 451-456.

Santy. — Epithéliome adamantin du maxillaire inférieur; récidive six ans après la résection. *Lyon Chirurgical*, 1931, vol. 28, janvier-février, p. 132-133.

Soly. — Odontoma of mandible. *Revue de Stomatologie*, Paris, 1935, vol. 33, décembre, p. 1061-1076.

Stafne. — Denticles supernumerary cuspids and compound composite odontomes. *Dentol Cosmos*, Philadelphie, 1931, vol. 73, août, p. 796-798.

Szmulewicz (D.). — Odontome et parodontome. *Revue de Laryngologie*, Bordeaux, 1937, vol. 58, mai, p. 539-567.

Watson (A. M.). — Compound composite odontome. *Brit. Deut. Journ.*, Londres, 1931, vol. 52, 1er janvier, p. 19.

Winter. — Conservatur surgery of folliculor odontomata (dentigerous cysts). *Dental. Digest.*, New-York, 1930, vol. 36, janvier, p. 1-8.

Bordeaux. — Imp. E. Drouillard, place de la Victoire. 3.